

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Новикова В. И., Мацук О. Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Современная концепция патогенеза аллергических болезней, в том числе АД, исходит из признания ведущей роли иммунных механизмов в их развитии, является необходимой составляющей терапии таких пациентов – иммунотерапия и иммунокоррекция. Об этом свидетельствуют работы многих авторов [1, 2, 3, 4].

Учитывая полученные результаты анализа основных показателей иммунного статуса и клинико-аллергологических особенностей детей с atopическим дерматитом, нами предпринята попытка введения иммуномодулирующей терапии в алгоритм лечения и реабилитации детей с АД. С учетом клинической синдромологии определено 4 группы детей:

1 группа – 34 ребенка с патологией верхнего отдела пищеварительного тракта. Возраст детей первой группы составил в среднем 8,4 года \pm 1,6. Средний показатель индекса SCORAD – $33 \pm 1,3$ ($p < 0,05$).

2 группа – характеризовалась фоновым статусом дисбактериоза ($n=30$), возраст 4-5,5 лет. Средний показатель индекса SCORAD – $37 \pm 2,4$ ($p < 0,05$).

3 группа – дети с клинически выраженной аллергической непереносимостью пищевых продуктов ($n=28$), возраст от 6 до 14 лет. Индекс SCORAD – $34 \pm 4,8$ ($p < 0,05$).

4 группа ($n=16$) – дети от 4 до 15 лет. Дети с типичной клиникой atopического дерматита, торпидным течением по отношению к традиционной терапии, по форме приближающегося к хроническому варианту. Индекс SCORAD – $46 \pm 5,4$ ($p < 0,05$).

Детям 1 группы с учетом значительного снижения экспрессии Т- и В-лимфоцитов назначалось последовательно: тималин, ликолипид, витамин А, плазмол.

Детям с АД 2-й группы с клиническим эквивалентом статуса дисбактериоза проводился следующий комплекс иммуномодуляции: полиоксидоний, рибомунил, алоэ последовательно.

Дети группы №3 с пищевой аллергией и непереносимостью пищевых добавок получали: иммунофан, ликолипид, УЗ-воздействие на область надпочечников, 0,25% раствор дерината, метилурацил.

Для детей 4-й группы (торпидное хроническое течение дерматита) схема иммуномодуляции включала соответственно основным параметрам измененной системы иммунитета последовательное назначение: Т-активина+энтегина, ронколейкина, цыгана, глицина. Подбор препаратов обосновывался их преимущественной способностью восстанавливать и регулировать ведущий дефект или дефекты кооперации в системе иммунитета.

Клинические результаты испытания иммуномодулирующей терапии оценивались по основным синдромам (кожный, абдоминальный, диспепсический, астеновегетативный), а также по системе SCORAD.

Результаты ИКТ при оценке по синдромам и по системе SCORAD в сравнении с контрольными группами (без ИКТ) подтвердили клиническую эффективность: через 3 месяца после ИКТ отмечались более положительные результаты по сравнению с традиционным лечением. Так кожный синдром (по оценке 2 баллов) уменьшился с 51,2% до 2,5%; абдоминальный с 27% до 0%; диспепсический - с 14,9% до 7,5%; астеновегетативный - с 29,3% до 0%. Для всех значений этой балльной оценки $p < 0,05 - 0,02$ при сравнении с группой контроля без ИКТ. По шкале SCORAD у детей 1 гр. до лечения средний индекс был равен $33 \pm 1,3$, после традиционной терапии $28 \pm 4,3$, с курсом ИКТ $15 \pm 3,7$ ($p < 0,05$); у детей 2-ой до лечения средний индекс был равен $37 \pm 2,4$; после традиционной терапии - $29 \pm 3,2$; с курсом ИКТ - $14 \pm 1,2$ ($p < 0,05$) соответственно. В третьей группе обследованных детей до лечения средний индекс был равен - $34 \pm 4,8$; после традиционной терапии - $24 \pm 2,3$; с курсом ИКТ - $13 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). В 4 группе до лечения средний индекс был равен - $46 \pm 5,4$; после традиционной терапии - $34 \pm 4,7$; с курсом ИКТ - $17 \pm 2,3$ ($p < 0,05$).

Дети, получавшие традиционное лечение, согласно протоколам лечения детей с аллергическими заболеваниями выходили на ремиссию в такие же сроки, но стабильности или относительно спокойного состояния кожи не было. Аллергологическая эффективность ИКТ объективно подтверждалась при повторном тестировании методом Шелли. Снижение отмечалось по всем группам аллергенов (бытовые, эпидермальные, пищевые, пыльцевые) после проведения ИКТ более достоверное, чем при обычной терапии. Процент отклонения от нормативного значения концентраций IgA, IgM, IgG после ИКТ был значительно ниже и стабильнее в катамнезе 3 месяца - 1,5 года, чем после обычной терапии, так из всех иммуноглобулинов в периоде обострения был изменен IgG (процент отклонения от нормы $138 \pm 4,2\%$, после традиционной терапии уменьшился - $58 \pm 1,8\%$, а после ИКТ эффект был выражен максимально $25 \pm 1,34\%$ ($p < 0,05$). Уровень IgE общего был значимо повышен у детей с АД во всех наблюдаемых группах. Наивысшие его показатели определялись в группе детей, страдающих АД с клинически непереносимостью пищевых продуктов в острый период он был равен $600 \pm 7,9$ Ке/л, после обычной терапии, при индукции ремиссии его значения уменьшились до $220 \pm 2,12$ Ке/л а после ИКТ $130 \pm 2,19$ Ке/л ($p < 0,05 - 0,02$). Аналогичная ситуация наблюдалась по спектру специфических антител, определяемых методом ИФА. После использования комплексной ИКТ определяемые антитела характеризовались, как правило, сомнительной (\pm) реакцией.

Иммунный статус без подключения ИКТ характеризовался практически персистирующими отклонениями, т.е. в период стихания клинических проявлений у детей с АД отмечалась только тенденция, но не полная нормализация уровня иммунокомпетентных клеток, что дает основание для утверждения о стабилизации ИДС. Так среди детей 1 группы в клинической ремиссии регистрировалась гипоекспрессия по CD25, CD22, CD4, их значения были близкими к показателям обострения. У детей 2А и 2Б-групп без применения ИКТ тоже сохранялся сниженный показатель экспрессии CD22 рецепторов в пределах 28-38% отклонения от нормы ($p < 0,02$). Практически это же отмечалось в группах 3А и 3Б по CD22 рецептору и стимулированной супрессорной популяции. В 4 группе - показатели CD3, CD4, CD8 и CD22 практически не изменились, хотя уменьшилась степень отклонения по CD-16 рецептору (до 60%

от нормативного значения ($p < 0,02$)) и, несмотря на соблюдение детьми диеты, местное лечение, дезинтоксикацию энтеросорбентами, прием антимадиаторов аллергии, рецидив АД возникал в среднем через 1-1,5 месяца по окончании терапии. При комплексном лечении с иммуномодуляторами клиническая эффективность сохранялась более 3-х месяцев), а эффект ИКТ по маркерам лимфоцитов определялся как иммуновосстанавливающий. Эффективность ИКТ подтвердилась с положительным результатом по CD - лимфоцитам не только к периоду индукции клинической ремиссии, но и катамнезе 3-х месяцев, а также при отдаленных (1,5-2 года) катамнестических исследованиях. Так, наиболее измененный показатель CD – статуса лимфоцитов у детей 1а группы был CD25. Его интервальная динамика, начиная с исходного уровня была следующей: $55 \pm 1,76\%$; после ИКТ - $18 \pm 1,23\%$; катамнез 3 месяца $10 \pm 0,52$, катамнез 1,5 года $9 \pm 0,3\%$ (для всех $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями). У детей 2а группы (с дисбактериозом) наиболее информативно отклонился от норматива показатель CD25. Его изменения в процессе наблюдения были таковы: исходный уровень $51 \pm 1,5\%$; после ИКТ - $20 \pm 0,8\%$; катамнез 3 месяца - $9 \pm 0,8\%$; катамнез 1 – 1,5 лет - $8 \pm 0,45\%$ ($p < 0,02$). В группе детей с пищевой аллергией и непереносимостью пищевых добавок (3а группа) самое существенное отклонение регистрировалось по CD22 - $49 \pm 1,9\%$ - исходный уровень, окончание ИКТ - $24 \pm 0,88\%$, катамнез 3 месяца $9 \pm 0,34\%$, катамнез 1,5 лет - $8 \pm 0,18\%$ (для всех $p < 0,05$). В группе с упорно рецидивирующим течением (4а) самый высокий процент отклонения от нормы был по показателю CD16 - $98 \pm 1,3\%$; после курса ИКТ - $30 \pm 1,2\%$, в катамнезе 3-х месяцев и 1,5 лет - $11 \pm 0,48\%$ (для всех $p < 0,05$). Аналогичная ситуация прослежена по всем отклоненным рецепторам CD – лимфоцитов при $p < 0,05$.

Сравнение конечных результатов после традиционной терапии и с применением ИКТ статистически достоверно свидетельствует в пользу лечения детей с АД с подключением комплексов иммунотропных препаратов, что обеспечивает положительный клинико-аллерго-иммунологический эффект.

Совокупность вышеуказанных фактов научных исследований по обоснованию иммунокорригирующей терапии подтверждает целесообразность использования комбинированного иммуновосстановительного лечения, в зависимости от характера течения заболевания и наличия патологии со стороны других систем. Это в целом обеспечивает положительное пролонгированное, клинико-аллерго-иммунологическое действие и экономическую эффективность.

Литература:

1. Сергеев, Ю. В. Атопический дерматит: руководство для врачей / Ю. В. Сергеев. - М.: Медицина для всех, 2002. - 183 с.
2. Иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении детей с аллергией / И.И. Балаболкин [и др.] // Лечащий врач - 2005. - №7. - С. 40-43.
3. Иммунокорригирующая терапия заболеваний кожи: Методические рекомендации / Н. С. Потекаев [и др.] - Москва, 1989. - 93 с.
4. Sergeev, Y. V. Immunological variants of atopic dermatitis and their immunomodulation therapy / Y. V. Sergeev, V. S. Malyshev, Y. Zimin // Eur. Journ. Allergy Clin. Immunol. - 1992. - Vol. 47, N 12 - P. 191